



santé | chiropractic  
wellness

# Questionnaire Santé Nouveaux Patients Chiropratique

---

## RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

Nom et prénom

Date de  
naissance

Âge

État civil  
(matrimonial)

Nombre  
d'enfant(s)

Nom de votre médecin de famille

Genre d'emploi

---

## COORDONNÉES

Adresse

Ville, Province, Code Postal

N° de tél. (domicile/cellulaire)

N° de tél. (bureau)

Courriel

---

**Comment avez vous entendu parler de nous?**

Veillez cocher un case:

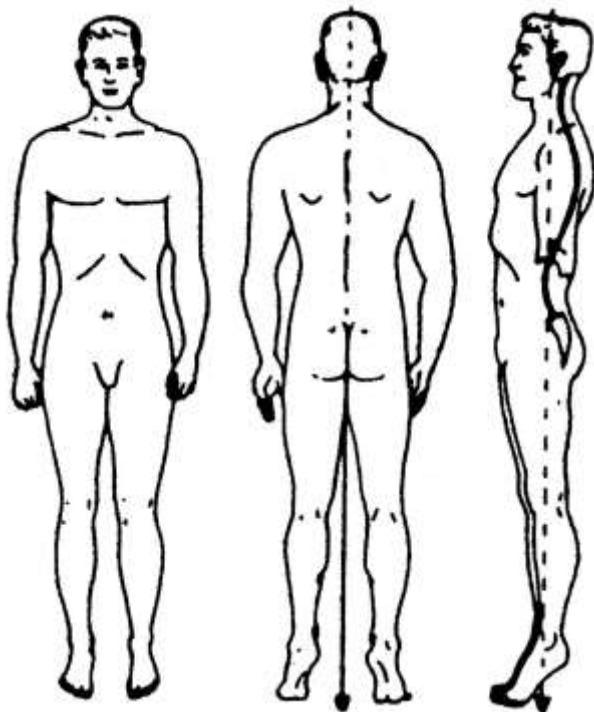
- Recherche sur Internet?
- Membre de votre famille?
- Ami(e)?
- Collègue?
- Professionnel de la santé (par ex.: un médecin, physiothérapeute, massotherapeute, etc.)
- Autre (précisez):

Veillez nous indiquer qui nous pouvons remercier pour votre présence à notre clinique?

---

### QUELLE EST LA RAISON DE VOTRE VISITE À NOS BUREAUX?

Veillez expliquer à l'aide du diagramme et des lignes qui vous sont fournies ci-dessous où se situe votre(vos) problème(s).



Depuis combien de temps éprouvez-vous ce(s) problème(s)?

Incident(s) associé(s) au(x) problème(s)?

À quoi ce problème est-il lié:

- Blessure au travail
- Sport
- Blessure personnelle
- Accident de voiture
- Autre :

Que ressentez-vous:

- De la douleur
- De l'engourdissement
- Du picotement

Quel(s) mot(s) décrit(décrivent) votre douleur:

- Aiguë
- Sourde
- Pulsative
- Constante
- Intermittente

Quelles circonstances aggravent vos symptômes:

- Être assis
- Se tenir debout
- Marcher
- Se pencher ou plier le membre affecté
- Se coucher
- Les conditions météorologiques
- Autre

Quels éléments de votre quotidien parmi les suivants sont-ils perturbés par vos symptômes:

- Emploi
- Sommeil
- Activités quotidiennes
- Passe-temps et loisirs

Classez l'intensité de vos symptômes sur une échelle croissante de 1 à 10:

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Souffrez-vous de maux de tête?

- Oui
- Non

À quelle fréquence?

Recevez-vous des soins d'autres professionnels de la santé?

- Oui
- Non

Si oui, précisez le nom et la discipline de chacun:

---

## ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX GÉNÉRAUX

Les conditions ou blessures antérieures peuvent avoir une incidence sur votre état de santé actuel.

Cochez toutes celles qui s'appliquent:

- Chutes/accidents
- Blessure sportive
- Blessure à la tête ou traumatisme crânien
- Fracture d'un os
- Perte de connaissance provoquée par un coup violent
- Accident vasculaire cérébral (AVC)
- Chirurgie
- Remplacement d'une articulation
- Accident de la route
- Stimulateur cardiaque (pacemaker)

Si vous avez coché une case ci-dessus, veuillez préciser.

Veillez énumérer les médicaments que vous prenez et les raisons pour lesquelles vous les prenez:

Veillez énumérer les vitamines et suppléments nutritionnels que vous prenez:

Portez-vous des orthèses ou des talonnettes de rehaussement?

- Oui
- Non

Avez-vous subi des radiographies:

- Oui, à votre cou
- Oui, à votre dos
- Non, à aucun

Si vous avez répondu Oui à la question précédente, veuillez préciser où et quand ces radiographies ont été prises:

Avez-vous d'autres préoccupations à l'égard de votre santé dont vous voulez nous informer?

- Oui
- Non

Si oui, précisez:

---

## APERÇU DE VOTRE SYSTÈME NERVEUX

Votre système nerveux central (c. -à-d. votre cerveau et moelle épinière) est l'unité de commande principale de votre corps. Celui-ci contrôle le fonctionnement de chaque cellule, tissu et organe. La connexion entre votre cerveau et votre corps se fait à partir de vos nerfs rachidiens. Veuillez passer en revue les systèmes ci-dessous afin de déterminer s'il existe un lien entre votre état de santé et l'interférence nerveuse qui y est décrite.

### Nerfs cervicaux

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Fatigue visuelle              | <input type="checkbox"/> Yeux rouges                 |
| <input type="checkbox"/> Troubles de la vue            | <input type="checkbox"/> Prise de poids              |
| <input type="checkbox"/> Otite (infection d'oreille)   | <input type="checkbox"/> Bourdonnement des oreilles  |
| <input type="checkbox"/> Écoulement d'oreille          | <input type="checkbox"/> Envie irrésistible de sucré |
| <input type="checkbox"/> Perte de l'ouïe               | <input type="checkbox"/> Sinusite                    |
| <input type="checkbox"/> Écoulement nasal              | <input type="checkbox"/> Perte de la mémoire         |
| <input type="checkbox"/> Aphnée                        | <input type="checkbox"/> Mal de gorge                |
| <input type="checkbox"/> Douleurs aux gencives         | <input type="checkbox"/> Cauchemars                  |
| <input type="checkbox"/> Problèmes à l'oreille interne | <input type="checkbox"/> Difficultés orthophoniques  |
| <input type="checkbox"/> Caries                        | <input type="checkbox"/> Amygdalite                  |
| <input type="checkbox"/> Enrouement/Laryngite          | <input type="checkbox"/> Maux de tête                |
| <input type="checkbox"/> Migraines                     | <input type="checkbox"/> Instabilité émotionnelle    |
| <input type="checkbox"/> Fatigue chronique             | <input type="checkbox"/> Étourdissement              |
| <input type="checkbox"/> Anxiété                       | <input type="checkbox"/> Insomnie                    |

### Nerfs thoraciques supérieurs

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Asthme                    | <input type="checkbox"/> Douleur à la poitrine         |
| <input type="checkbox"/> Douleur au-dessus de cœur | <input type="checkbox"/> Difficulté à respirer         |
| <input type="checkbox"/> Toux Persistante          | <input type="checkbox"/> Bronchite                     |
| <input type="checkbox"/> Expectoration de mucosité | <input type="checkbox"/> Expectoration (toux) de sang  |
| <input type="checkbox"/> Pouls accéléré            | <input type="checkbox"/> Hypertension                  |
| <input type="checkbox"/> Troubles cardiaques       | <input type="checkbox"/> Engourdissement des mains     |
| <input type="checkbox"/> Affections des poumons    | <input type="checkbox"/> Rétention de fluides          |
| <input type="checkbox"/> Pleurésie                 | <input type="checkbox"/> Difficulté à avaler           |
| <input type="checkbox"/> Nausées                   | <input type="checkbox"/> Crise de la vésicule biliaire |
| <input type="checkbox"/> Ballonnement              | <input type="checkbox"/> Intolérance aux aliments gras |

### Nerfs de la section médiane du torse

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Faible appétit           | <input type="checkbox"/> Faim excessive                 |
| <input type="checkbox"/> Ulcères gastriques       | <input type="checkbox"/> Envie irrésistible de sucré    |
| <input type="checkbox"/> Difficulté à avaler      | <input type="checkbox"/> Soif excessive                 |
| <input type="checkbox"/> Troubles du foie         | <input type="checkbox"/> Régurgitation de la nourriture |
| <input type="checkbox"/> Douleurs abdominales     | <input type="checkbox"/> Diarrhée                       |
| <input type="checkbox"/> Déficiences immunitaires | <input type="checkbox"/> Constipation                   |
| <input type="checkbox"/> Inflammation du pancréas | <input type="checkbox"/> Selles noires                  |
| <input type="checkbox"/> Hyperglycémie            |   |

### Nerfs thoraciques inférieurs

- Allergies
- Éternuements
- Épuisement
- Troubles digestifs après les repas
- Troubles de l'appendice
- Troubles de la vessie
- Troubles rénaux
- Troubles des testicules ou troubles des ovaires
- Infection de la vessie
- Enflure des chevilles
- Étourdissements en se levant

### Nerfs lombaires

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Troubles de la vessie   | <input type="checkbox"/> Syndrome du côlon irrité |
| <input type="checkbox"/> Mauvaise haleine        | <input type="checkbox"/> Flatulence               |
| <input type="checkbox"/> Troubles intestinaux    | <input type="checkbox"/> Urination douloureuse    |
| <input type="checkbox"/> Stérilité               | <input type="checkbox"/> Cernes prononcés         |
| <input type="checkbox"/> Impotence               | <input type="checkbox"/> Dysménorrhée             |
| <input type="checkbox"/> Troubles de la prostate | <input type="checkbox"/> Troubles reproductifs    |
| <input type="checkbox"/> Affections féminines    | <input type="checkbox"/> Hémorroïdes              |
| <input type="checkbox"/> Varices                 | <input type="checkbox"/> Déquilibres hormonaux    |

---

## **AUTO-ÉVALUATION DES HABITUDES SAINES ET D'UN STYLE DE VIE FAVORISANT LE BIEN-ÊTRE**

Notre cabinet veille à offrir à des individus qui ont leur mieux-être à cœur et à leur famille des services chiropratiques centrés sur le bien-être. Nous nous employons à améliorer de façon intégrale la santé de nos patients et de donner de façon proactive des soins en vue d'encourager l'épanouissement de nos patients sur les plans de la santé et du bonheur. Afin de mieux comprendre votre état de santé et votre bien-être, il est important que nous examinions vos habitudes de vie.

Veillez vous accorder une note en fonction de la mesure avec laquelle vous êtes en accord avec chacun des énoncés suivants:

1 = Jamais    2 = Rarement    3 = À l'occasion    4 = Souvent    5 = Toujours

## Votre niveau de conditionnement physique

	1	2	3	4	5
Je me sens bien à mon poids actuel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Je me tiens à jour sur mes indicateurs personnels de santé, par exemple mon poids et ma pression artérielle	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Je suis à l'aise avec ma composition corporelle (c.-à-d.) le rapport entre ma masse musculaire et ma masse corporelle grasse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Je m'adonne à au moins 30 minutes d'activité physique aérobie d'intensité modérée de trois à quatre fois par semaine	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Je m'entraîne sur le plan de la musculation au moins deux fois par semaine	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Je trouve que j'ai un niveau satisfaisant d'énergie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Je suis en mesure d'accomplir mes activités et tâches quotidiennes avec peu ou aucune difficulté	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Je m'étire de deux à trois fois par semaine ou après mes séances d'entraînement	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
J'estime avoir un tronc fort et ne ressentir peu ou aucune douleur au dos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Je suis satisfait(e) de mon niveau de conditionnement physique	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



## Votre alimentation

	1	2	3	4	5
J'estime avoir une alimentation équilibrée	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Je mange au moins 8-10 portions de fruits ou de légumes par jour	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Je bois entre 8 et 10 tasses d'eau par jour	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Je suis conscient(e) que certains aliments peuvent avoir une incidence sur comment je me sens	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Je porte attention à la quantité de nourriture que je consomme	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
J'évite les aliments hauts en sucre simple	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
J'évite la malbouffe et le "fast food"	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Je prépare ma bouffe principalement à la maison	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Je ne souffre pas de brûlements d'estomac	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mon système digestif est régulier (je vais à la selle au moins une fois par jour)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## Votre esprit

	1	2	3	4	5
Je sais bien gérer le stress	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Je crois avoir le dessus sur ma vie (professionnelle et familiale)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
J'ai le soutien de mes proches pour adopter des habitudes de vie saines	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Je dors de sept à huit heures par soir	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Je me sens reposé(e) et revigoré(e) au réveil	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Je veux en apprendre davantage sur la santé et le bien-être	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Je suis une personne heureuse et positive	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Je m'adonne régulièrement à des activités corps-esprit (p. ex., méditation, yoga)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Je prends du temps pour moi-même	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
J'envisage un avenir prometteur	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

---

## VOTRE NIVEAU DE CONNAISSANCE DES SERVICES CHIROPRATIQUES

Décrivez en quoi consiste, selon vous, le rôle des chiropraticien(ne)s

Certains de vos proches (parents et amis) ont-ils recours aux services d'un chiro?

- Oui
- Non

Si vous avez répondu « oui », à quel(s) service(s) ont-ils recours:

- Amélioration et maintien de la santé
- Problèmes de santé
- Les deux

Pour quelle(s) raison(s) sollicitez-vous des soins chiropratiques:

- Amélioration et maintien de la santé
- Problèmes de santé spécifiques
- Les deux

Qu'espérez-vous tirer des soins chiropratiques?

Si vous pouviez enrayer 3 problèmes de santé avec une baguette magique quels seraient-ils?

Aimeriez-vous obtenir de plus amples renseignements sur les autres services offerts à notre clinique?

- Oui
- Non

Si vous avez répondu « oui », veuillez préciser:

**Merci d'avoir rempli notre Questionnaire Santé Nouveaux Patients Chiropratique. Nous seront heureux de vous aider avec vos problèmes de santé spécifiques et votre santé globale.**

L'équipe du Centre Santé Chiropratique